

Beitrittserklärung



Förderverein e.V.
Städtisches Klinikum Wolfenbüttel

An
Förderverein der
Städtisches Klinikum Wolfenbüttel gGmbH e. V.
Alter Weg 80
38302 Wolfenbüttel

Hiermit trete ich dem Förderverein der Städtisches Klinikum Wolfenbüttel gGmbH e. V. bei.

Die Mitgliedschaft beginnt am _____ und ist jederzeit kündbar.

Der Betrag beträgt jährlich 50,00 €

- Der Betrag kann von meinem Konto

IBAN _____

BIC _____

Geldinstitut _____

abgebucht werden.

- Ich werde den Jahresbeitrag auf das unten angegebene Konto überweisen.

(Vorname)

(Name)

(PLZ)

(Wohnort)

(Straße)

(Datum)

(Unterschrift)

Konto des Fördervereins der Städtisches Klinikum Wolfenbüttel gGmbH e. V.:

Volksbank Wolfenbüttel
IBAN: DE69 2709 2555 0102 5970 00
BIC: DENODEF1WFV